

健康診断について

1 定期健康診断

(1) 実施機関

結核予防会「かながわクリニック」

住所：横浜市中区元浜町4-32 県民共済馬車道ビル3F・4F

(2) 実施の時期

6月（5日間）、9月（3日間）

(3) 検査項目

胸部X線撮影、胃部X線撮影（バリウム検査）、心電図検査など「一般の人間ドック」と同様です。

(4) 検査費用

検査費用の2分の1の額を受診時にお支払いいただきます。

(検査費用の半額が県の補助となります。ただし、個人的に別添のオプション検査を追加した場合は、全額ご本人の負担となります。)

ア 一般健康診断	20,150円
イ 一般健康診断（胃部検査を除く。）	17,600円
ウ 婦人科健診	4,150円

(5) 申込み方法

別途お配りする「定期健康診断調査票」に受診希望日などをご記入の上、5月15日（月）までに控室職員または総務課にご提出ください。

2 人間ドック及び脳検査

定期健康診断とは別に、ご希望により他の医療機関で、人間ドック及び脳検査を受診することができます。

(1) 検査費用

検査費用の3分の1が県の補助となりますので、議員の皆様の負担は3分の2となります。ただし、検査費用が次の額を超える時は、その超える額は全額ご本人の負担となります。

- ア 脳検査を含む人間ドックについては13万円
- イ 脳検査を含まない人間ドックについては8万円
- ウ 脳検査のみの場合は5万円

例) 脳検査を含む人間ドックで検査費用が15万円の場合

県補助分： $130,000 \times 1/3 = 43,300$ 円（百円未満切捨て）13万円までの本人負担分： $130,000 - 43,300 = 86,700$ 円13万円を超える分の本人負担分： $150,000 - 130,000 = 20,000$ 円本人負担分： $86,700 + 20,000 = 106,700$ 円

(2) 申込み方法

受診を希望する方は、受診前に別紙「人間ドック受診申込書」を総務課にご提出ください。総務課で希望医療機関との契約を締結した後に受診していただくことになります。

(契約締結前に受診された場合、補助ができなくなります。)

令和5年度 神奈川県議会議員定期健康診断 検査項目表

検査項目		実施の有無	備考
身体測定		○	身長・体重・BMI・体脂肪率・腹囲
問診・診察		○	問診・既往歴・自覚症状
呼吸器	胸部X線(直接)	○	大角2枚(正面・側面)・心胸比測定
	肺機能	—	
	喀痰細胞診	—	
循環器	血圧測定	○	
	心拍数	○	
	心電図	○	12誘導(安静時)
消化器系	食道・胃部X線(直接)	○	四ツ切 8枚
	便潜血反応	○	
	血清アミラーゼ	○	
	P型アミラーゼ	○	
	肛門・直腸指診	—	
腹部超音波		○	上腹部(肝臓・胆のう・膵臓・腎臓・脾臓)
脂質代謝	総コレステロール	○	
	中性脂肪	○	
	HDLコレステロール	○	
	LDLコレステロール	○	
	non-HDLコレステロール	○	
尿検査	比重	○	
	pH	○	
	蛋白	○	
	潜血	○	
	沈渣	○	蛋白+以上・潜血±以上
	尿糖	○	
	ウロビリノーゲン	○	
糖代謝	血糖	○	空腹
		—	1時間
	HbA1c	○	
腎臓	尿素窒素	○	
	尿酸	○	
	クレアチニン	○	
	eGFR	○	
肝臓系	総蛋白	○	
	GOT	○	
	GPT	○	
	LDH	○	
	ALP	○	
	コリンエステラーゼ	○	
	総ビリルビン	○	
	アルブミン	○	
	ZTT	—	
	T T	—	
	蛋白分画	○	
	γ-GTP	○	
	CPK	—	
	LAP	—	
A/G比	—		
AFP	—		
CEA	—		
血清学	HBs抗原	○	
	HBs抗体	—	
	HCV抗体	○	
	TPLA試験	○	
	RPR法	○	
	CRP	○	
	R F	○	
ASLO	—		
血液一般	赤血球数	○	
	白血球数	○	
	血小板数	○	
	ヘマトクリット	○	
	血色素	○	
	赤血球沈降速度	—	
	血液型(ABO・RH)	○	初回のみ
	血液像	○	
	白血球分類	—	
MCV・MCH・MCHC	○		
眼科	視力	○	
	眼底	○	両眼
	眼圧	○	
	眼科診察	—	
聴力検査		○	
電解質	ナトリウム(Na)	○	
	カリウム(K)	○	
	カルシウム(Ca)	—	
	鉄分(Fe)	○	
	クロール(Cl)	○	
婦人科	乳房触診	○	必須
	乳房超音波	○	いずれかを選択(マンモグラフィは1方向撮影とする)
	乳房マンモグラフィ	○	
	婦人科診察	○	子宮内診
	スメアテスト	○	細胞診(頸部)
	コルボスコープ	—	

※ X線はデジタル撮影でも可

(様式1)

人間ドック及び脳検査を希望
する方のみご提出ください。

人間ドック受診申込書

令和 年 月 日

神奈川県議会議長 殿

住 所

氏 名

希望する医療機関	病院名 郵便番号 住 所 電話番号 (- -)	
検査内容 (いずれかに○をつけて下さい。)		脳検査を含む人間ドック
		脳検査を含まない人間ドック
		脳検査のみ
受診希望日	第1希望	令和 年 月 日
	第2希望	令和 年 月 日
	第3希望	令和 年 月 日
備 考		